



TITLE:

多発性筋炎に合併した腎細胞癌の 1例

AUTHOR(S):

熊坂, 康二; 野村, 一男; 佐藤, 滋; 藤岡, 知昭; 久保, 隆;
笹生, 俊一

CITATION:

熊坂, 康二 ...[et al]. 多発性筋炎に合併した腎細胞癌の1例. 泌尿器科紀要
1990, 36(11): 1317-1320

ISSUE DATE:

1990-11

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/117040>

RIGHT:

多発性筋炎に合併した腎細胞癌の1例

岩手医科大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 久保 隆教授)

熊坂 康二, 野村 一男, 佐藤 滋, 藤岡 知昭, 久保 隆

岩手医科大学医学部臨床病理部門 (主任: 高山和夫教授)

笹 生 俊 一

A CASE OF RENAL CELL CARCINOMA WITH POLYMYOSITIS

Kouji Kumasaka, Kunio Nomura, Shigeru Satoh,

Tomoaki Fujioka and Takashi Kubo

From the Department of Urology, Iwate Medical University School of Medicine

Shunichi Sasou

From the Department of Clinical Pathology, Iwate Medical University School of Medicine

We report a case of renal cell carcinoma with polymyositis. A 62-year-old female with a diagnosis of polymyositis was referred to our department because of the right renal mass discovered by computed tomography. An ultrasonography and renal angiography showed a solid and hypovascular area at the middle pole of the right kidney. A fine needle aspiration biopsy of the mass was performed and the cytology showed a papillary adenocarcinoma. Therefore, the right radical nephrectomy was carried out and her myopathic symptoms were slightly improved postoperatively. The patient has remained well without recurrence or metastasis for two years.

(Acta Urol. Jpn. 36: 1317-1320, 1990)

Key words: Polymyositis, Renal cell carcinoma, Papillary adenocarcinoma, Aspiration biopsy

緒 言

皮膚筋炎および多発性筋炎に、悪性腫瘍が合併するのはよく知られており、諸家の報告では15~34%と言われる¹⁻⁴⁾。しかし、腎細胞癌の合併は本邦で報告をみない。今回著者は、多発性筋炎の合併症精査中に、偶然発見された腎乳頭状腺癌の1例を経験したので、若干の文献の考察を加えて報告する。

症 例

患者: 62歳, 女性

初診: 1987年8月31日

主訴: 脱力感

家族歴: 弟が膀胱癌で死亡

既往歴: 高血圧で52歳時より治療中

現病歴: 5年前より嚥下困難, 3年前より手足のしびれ, 脱力感出現。某病院にて多発性筋炎と診断され, 1987年8月本学神経内科に入院となる。多発性筋炎における悪性腫瘍合併の有無を検索中, CTにて右腎に腫瘍性病変が認められ精査のため当科紹介となった。

現症: 身長 147 cm, 体重 39.5 kg, 血圧 150/70 mmHg, 脈拍数 70/min 整, 体温 36.5°C。眼瞼結膜に軽度貧血を認めるが, 眼球結膜に黄疸は認めなかった。胸部理学的所見に異常なし。

可動性の右腎は触知されたが, 左腎は触知されなかった。上腕, 頸部, 下腿に対称性の湿疹を認めた。神経学的所見として嚥下障害, 顔面, 頸部, 両上肢遠位部の脱力と筋萎縮, 両下腿筋の仮性肥大, 上肢深部腱反射低下, 下肢深部腱反射消失, 両側 Babinski 徴候陽性を認めた。

入院時一般検査成績: 血沈 1時間値 8 mm, CRP (—)。末梢血: RBC $329 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 10.6 g/dl, Ht 30.5%, MCV $92.8 \mu^3$, MCH 32.2 pg, WBC $3,900/\text{mm}^3$, 白血球分画異常なし, Plt $17.3 \times 10^4/\text{mm}^3$ 。血液生化学: TP 5.8 g/dl (Alb 69.1%, α_1 -glob 2.5%, α_2 -glob 7.8%, β -glob 8.2%, γ -glob 12.5%), BUN 27.5 mg/dl, Cr 0.5 mg/dl, GOT 25 IU/l, GPT 24 IU/l, LDH 512 IU/l, CPK 262 IU/l, creatine 0.9 mg/dl, Na 142 mEq/l, K 4.4 mEq/l, Cl 107 mEq/l。正球性正色素性の貧血と低蛋白血症および BUN,

LDH, CPK, creatine の軽度上昇が認められた。血清学: RA (2+), DNA 抗体, RNP 抗体, Sm 抗体陰性。腫瘍 marker: TPA 156.7 U/l, フェリチン 48.8 ng/ml, IAP 570 μ g/ml, β_2 MG 4.52 μ g/ml とそれぞれ軽度の上昇が認められた。腎機能検査: Ccr (24 hr.) 79.8l/day, Fishberg 試験 最高値 1.013, PSP 排泄試験15分値17%, 120分値71%。尿所見: 比重 1.012, pH 5, 蛋白 (-), 糖 (-), 潜血反応 (-), 沈査所見異常なし。

筋生検所見: 当院神経内科で施行した尺側手根屈筋, 大腿四頭筋の生検で, 血管周囲の円形細胞浸潤と結節状の炎症細胞の集合が認められ筋炎と診断された。

エックス線検査所見: 胸部単純, KUB で異常所見なし。DIP では左腎, 膀胱に異常所見は認められなかったが, 右腎中外側の実質が周囲と比較し造影不良と思われた。単純 CT では右腎中部が外後方に腫大しており, エンハンス CT では同部に辺縁整で円形, 内部のほぼ均一な低吸収領域が認められた (Fig. 1)。超音波診断では, 右腎中部にやや内てエコーの高い充実性の腫瘍が認められた。血管造影では, 右腎動脈造影にて右腎中部外側に約 5~6 cm の乏血管性領域を認め (Fig. 2A), 静脈相ではこの部位に一致した陰影欠損を認めた (Fig. 2B)。CT および超音波断層検査より, 右腎の腫瘍性病変は悪性腫瘍と考えられた。しかし, CT 上腫瘍の内部構造が著しく均一であること, 腫瘍壁の肥厚および不整像が認められないこと, 血管造影にて乏血管性であったこと, さらに多発性筋炎における腫瘍合併の精査中に偶然発見されたことより, 転移性腫瘍あるいは良性腫瘍の可能性も否定できなかった。

そこで, 術前の確定診断を得るため, 超音波ガイド

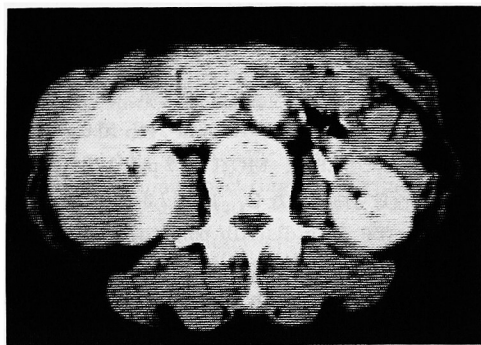


Fig. 1. Enhanced CT show solid low density area that margin is clear and round in right kidney.

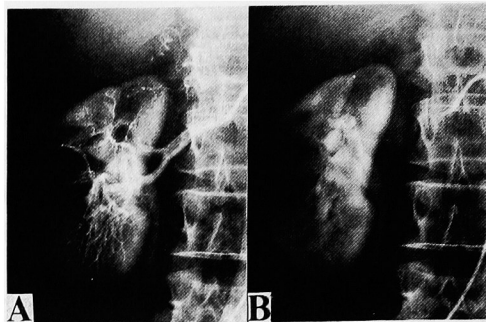


Fig. 2A. Right renal angiography shows hypovascular area at mid pole of right kidney.

2B. Venous phase after angiography shows filling defect that margin is clear at mid pole of right kidney.

下にて腫瘍の穿刺吸引細胞診を施行した。

細胞診所見: 乳頭型および顆粒細胞型腺癌であった。

以上の結果より腎細胞癌 (T₂, N_x, M₀) と診断し, 根治的右腎摘, 右腎門部リンパ節郭清術を施行した。

手術所見: 右腰部斜切開にて後腹膜腔に到達し, 腎周囲の脂肪組織および右副腎とともに右腎を一塊として摘出した。ついで, 右腎門部リンパ節郭清を施行して手術を終了した。

摘出標本肉眼的所見: 摘出重量 150 g, 腫瘍は腎中部外方に突出し, 断面の一部に吸引細胞診によると思われる内部出血巣が認められた (Fig. 3)。

摘出標本病理組織学的所見: 腫瘍組織は, 細胞疹と同様に乳頭型, 顆粒細胞型 grade 2 の腺癌であった (Fig. 4)。副腎および腎門部リンパ節には転移を

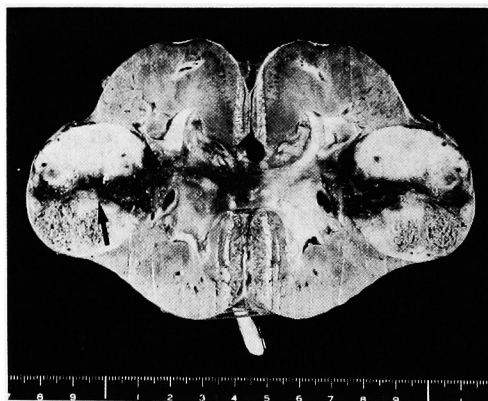


Fig. 3. Massive tumor is seen at mid pole of right kidney. Hemorrhage due to fine-needle aspiration biopsy is seen in the tumor.

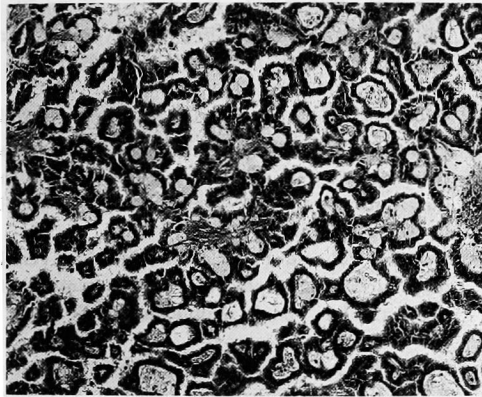


Fig. 4. Histopathology reveals papillary arrangement adenocarcinoma. HE, $\times 50$

認めなかった (pT2a, pV0, pN0, pM0).

術後経過: 術後19日目で退院し, 他院にて経過を観察しているが, 2年を経過した現在, 癌再発および転移の徴候を認めていない. 多発性筋炎に関しては, 術後約2カ月の間は臨床的に筋力低下が改善の傾向にあり, 嚥下困難は認めなくなった. しかし, 以後はそれ以上の改善がみられず, 現在プレドニン 5 mg/day の内服で経過観察している.

考 察

多発性筋炎に合併した乳頭型腎細胞癌の1例を報告した. 多発性筋炎および皮膚筋炎は, 臨床的特徴や治療の面からみると一応別個の疾患であるが, 同一系列の疾患として取り扱い, 筋炎という大きな特徴を持った疾患のうち, 皮膚症状のあるものを皮膚筋炎, ないものを多発性筋炎とするのが一般的である. 皮膚筋炎および多発性筋炎の発生率は, 本邦において1976年の高島らの報告⁵⁾によれば, 年間人口10万人に対して平均0.118人である.

多発性筋炎および皮膚筋炎に悪性腫瘍が合併するのはよく知られており, その頻度は15~34%と言われ^{1,6)}, 特に40歳以上の症例では約40%に合併しているという報告もある⁶⁾.

多発性筋炎における癌合併率は皮膚筋炎より低く, Callen ら²⁾は前者が約3%に対して後者は26%, 里吉⁶⁾は前者が10%, 後者が34%と報告している. 悪性腫瘍は筋炎に先行し, あるいは同時に発症し, 臨床的に腫瘍摘出により, 筋炎の軽快することが観察されている. その因果関係について, Pearson ら³⁾は以下の3点を可能性として指摘している. すなわち, ①悪性腫瘍由来のある種の物質が筋障害の原因となる. ②

免疫異常もしくは腫瘍細胞と筋繊維との間に共通抗原が存在する. ③腫瘍と筋炎とは同一の病変による相異なる結果であるとするものである. しかし現在, 詳細はあきらかにされておらず, 両者の関連性について, 未だはっきりした見解はない. 合併する悪性腫瘍の種類としては, 本邦例では近藤ら⁴⁾の悪性腫瘍合併53例の集計によれば胃癌が圧倒的に多く, ついで子宮癌, 以下卵巣癌, 肺癌の順である. 外国例では, Barnes ら¹⁾の258例の悪性腫瘍合併例の集計で乳癌, 肺癌, 卵巣癌, 胃癌の順で, 腎細胞癌は5例であった. 本邦では皮膚筋炎の癌合併が初めて報告された1955年以降, 著者らが文献を渉猟した限りでは腎細胞癌の報告例は認められなかった.

多発性筋炎の予後は, 治療によって約半数は軽快すると言われるが, 本症例のように悪性腫瘍を合併すると当然不良となり, 合併する癌が発見された時点で, すでに癌の根治的治療の時期を失っている場合が多い⁴⁾. そういった意味でも, 成人の皮膚筋炎, 多発性筋炎患者を見た場合, 隠れた悪性腫瘍の有無について, 全身の綿密な検索が必要となる.

本症例の腎癌は, 合併悪性腫瘍の有無を検索中 CT で偶然に発見され, その血管造影所見は乏血管性であった. 無~乏血管性を呈する腎腫瘍としては, 原発性および続発性悪性腫瘍, 良性腫瘍, 炎症性変化, 嚢胞などがある⁷⁾. 原発性悪性腫瘍としては, 腎細胞癌, 腎盂癌, 肉腫, 悪性リンパ腫の他, 嚢胞壁発生の腫瘍や広範な壊死性変化を伴う場合に無~乏血管性を呈すると考えられる. これらを鑑別するにあたり, 本症例では穿刺吸引細胞診を施行した. 悪性腫瘍の播種という点において, 穿刺吸引細胞診には賛否両論があるが, 腎細胞癌症例150例の検討で, 術前穿刺を施行した例と非施行例の間で, 予後に有意差がないとの報告もあり⁸⁾, 今後検討を要するところである.

腎細胞癌の6~25%は無~乏血管性であり⁹⁾, その約50%は乳頭状腺癌であると報告されている¹⁰⁾. 逆に乳頭状腺癌のほとんどが無~乏血管性を呈する¹¹⁾. 乳頭状腺癌の発生頻度は腎細胞癌の5~10%と言われ¹²⁾, 進展度は stage I~II にとどまることが多く, さらに予後は同じ stage の非乳頭状癌に比較して良好であり, Blath ら¹⁰⁾によれば3年生存率73% (非乳頭状癌61%), Mancilla らによれば5年生存率84% (非乳頭状癌52%)¹¹⁾と報告されている. 本症例は術後経過2年であるが, 現在のところ転移および再発を認めていない. 筋炎に合併した腎癌の既報告例の組織型には詳細不明な点が多く, 本症例との比較検討はできな

かった。

結 語

多発性筋炎に合併した腎乳頭状腺癌の1例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Barnes BE: Dermatomyositis and malignancy. *Ann Intern Med* **84**: 68-76, 1976
- 2) Callen JP, Hyla JF, Bole GG Jr and Kay DR: The relationship of dermatomyositis and polymyositis to internal malignancy. *Arch Dermatol* **116**: 295-298, 1980
- 3) Pearson CM: Polymyositis and dermatomyositis. In: *Immunological Disease*, vol. 2. Edited by Samter M. 2nd ed., pp. 1039-1051, Little, Brown & Co., Boston, 1971
- 4) 近藤猪一郎, 塩崎 洋: 皮膚筋炎に合併した膀胱癌の1例. *臨泌* **26**: 47-53, 1972
- 5) 高島 敏, 伊集 操, 川岸侑郎, 具志堅初男, 岸山和敬: 厚生省特定疾患強皮症, 皮膚筋炎および多発筋炎調査研究班, 昭和50年度研究業績: 26-41, 1976
- 6) 里吉宮二郎: 皮膚筋炎および多発性筋炎. *内科* **39**: 750-755, 1977
- 7) 大西哲郎, 増田富士男, 佐々木中正, 荒井由和, 仲田浄治郎, 鈴木泰正, 町田豊平: Hypovascular または Avascular な腎細胞癌の5症例の検討. *日泌尿会誌* **74**: 840-846, 1983
- 8) von Schreeb T, Arner O, Skovsted G and Wikstrand N: Renal adenocarcinoma. Is there a risk of spreading tumor cells in diagnostic puncture? *Scand J Urol Nephrol* **1**: 270-276, 1967
- 9) Chuang VP and Fried AM: High-dose renal pharminoangiography in the assessment of hypovascular renal neoplasm. *AJR* **131**: 807-811, 1978
- 10) Blath RA, Mancilla-Jimenez and Stanley RJ: Clinical comparison between vascular and avascular renal cell carcinoma. *J Urol* **115**: 514-519, 1976
- 11) Mancilla-Jimenez P, Stanley RJ and Blath RA: Papillary renal cell carcinoma. A clinical, radiologic, and pathologic study of 34 cases. *Cancer* **38**: 2469-2480, 1976
- 12) Becker JA, Fleming R, Kanter I and Melicow M: Misleading appearances in renal angiography. *Radiology* **88**: 691-700, 1976

(Received on January 4, 1990)
(Accepted on May 21, 1990)